

はじめて診察を受けられる方へ

初診ですか。以前来院されたことがありますか。○をつけて下さい。

初診 再診

(ふりがな)

お名前

男

女

明

大

昭

平

年

月

日

ご紹介者

住所 〒

電話

(

)

携帯電話

15歳以下の方の場合

体重

kg

飲めない薬の型に×を

カプセル 錠 シロップ

どこがいつ頃からどのように悪いのか、どこを診て欲しいのか等をお書き下さい。
また耳の場合、右か左か両方かを書いてください。

今までにかかった大きな病気、あるいは今治療を受けている病気があれば教えて下さい。以下の病気があれば○をつけて下さい。

高血圧 ぜんそく 前立腺肥大 緑内障 糖尿病 肝炎 腎炎

心疾患 アトピー性皮膚炎 その他 ()

他院で薬をもらっている場合は、どのようなものか知らせて下さい。

無 有 ()

今まで薬にまけたことがありますか。もしあればどのような種類のものか分かれば教えて下さい。また特異体質といわれたことはありますか。

無 有 ()

その他にか話しておきたいことがあれば、お書きください。

()